



Chương Trình Hỗ Trợ PrEP (PrEP-AP) Yêu Cầu Dịch Vụ – Trẻ Vị Thành Niên

Giấy Tờ Phải Có

- ☐ Giấy tờ chứng minh danh tính hoặc mẫu đơn CDPH 8745 đã ký và điền đầy đủ – Mẫu Đơn Yêu Cầu Dịch Vụ – Trẻ Vị Thành Niên
- ☐ Bản sao kết quả xét nghiệm trong vòng sáu tháng tính từ ngày hôm nay

Quyền Và Trách Nhiệm

1. Tôi hiểu rằng mọi biện pháp hợp lý sẽ được thực hiện để bảo mật thông tin của tôi.
2. Tôi hiểu rằng tôi sẽ nhận được một thẻ ID điện tử chỉ dành cho mục đích nhận dạng và không xác minh tính đủ điều kiện. Tôi hiểu rằng tôi có thể cần xuất trình thẻ này trên thiết bị di động của mình cho một số nhà cung cấp để nhận được các quyền lợi. Nếu tôi không có thiết bị di động, nhân viên ghi danh của tôi sẽ in thẻ giấy cho tôi.
3. Tôi hiểu rằng nếu tôi từ 13 tuổi trở lên, tôi sẽ nhận được các thông báo bảo mật về các nội dung cập nhật hoặc thay đổi đối với tư cách đủ điều kiện của tôi thông qua một cổng thông tin điện tử dành cho khách hàng, có thể truy cập trên bất kỳ thiết bị di động hoặc máy tính nào. Tôi hiểu rằng tôi có trách nhiệm bảo vệ thông tin đăng nhập của mình để không ai khác có thể truy cập thông tin trên cổng thông tin khách hàng của tôi. Nếu tôi 12 tuổi, hoặc không có thiết bị di động hoặc máy tính, tôi hiểu rằng tôi có trách nhiệm liên lạc với nhân viên ghi danh của mình trước ngày đến hạn tái ghi danh được liệt kê bên dưới.
4. Tôi hiểu rằng tư cách đủ điều kiện của tôi có hiệu lực trong một năm kể từ ngày đơn đăng ký đã hoàn thành của tôi được phê duyệt. Nếu tôi muốn tiếp tục nhận hỗ trợ đã yêu cầu sau khi tư cách đủ điều kiện của tôi hết hiệu lực, tôi phải tái ghi danh.
5. Tôi hiểu rằng nếu tôi được ghi danh lần đầu tiên mà không có kết quả xét nghiệm, tôi sẽ chỉ được cấp 30 ngày tạm thời đủ điều kiện và tôi phải cung cấp cho nhân viên ghi danh của mình các kết quả xét nghiệm được yêu cầu trong vòng 30 ngày, nếu không tư cách đủ điều kiện của tôi sẽ chấm dứt.
6. Tôi hiểu rằng tôi sẽ được yêu cầu cung cấp kết quả xét nghiệm cập nhật có ngày xét nghiệm trong vòng sáu tháng kể từ ngày nộp đơn khi tôi tái ghi danh vào chương trình.
7. Tôi hiểu rằng, khi tôi đủ 18 tuổi, tôi phải đáp ứng các yêu cầu bổ sung của chương trình để tái ghi danh vào chương trình.
8. Tôi hiểu rằng tôi phải là cư dân California để duy trì tư cách đủ điều kiện tham gia chương trình.
9. Tôi hiểu rằng tôi phải báo cho nhân viên ghi danh của mình nếu tôi chuyển nhà hoặc thay đổi số điện thoại.

Thông Tin Về Đơn

Ngày: _____ Hạn Chót Tái Ghi Danh: _____ Ngày sinh: _____

Số ID Khách Hàng (không bắt buộc): _____ Tên: _____

Địa chỉ Email: _____

Số Địa Điểm Ghi Danh

Tên Địa Điểm Ghi Danh

Phản Đồng Thuận Của Đơn

Đơn điền vào mục này:

CDPH ký hợp đồng với các cơ quan ghi danh, nhà cung cấp dịch vụ lâm sàng và các tổ chức khác (gọi chung là “đại lý”) để giúp điều hành PrEP-AP. Bằng việc ký tên vào mẫu đơn này, quý vị ủy quyền cho CDPH và các đại lý của CDPH thu thập thông tin về quý vị từ các cơ quan tiểu bang và liên bang khác hoặc (các) nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe để xác minh tính đủ điều kiện tham gia PrEP-AP của quý vị. Quý vị cũng ủy quyền cho các cơ quan ghi danh thu thập thông tin từ quý vị để ghi danh quý vị vào chương trình PrEP-AP.

Thông tin mà quý vị ủy quyền cho CDPH và các đại lý của CDPH thu thập bao gồm tên, ngày sinh, Số An Sinh Xã Hội, thu nhập, dữ liệu nhân khẩu học, kết quả xét nghiệm HIV, chẩn đoán và thông tin y tế khác, cũng như thông tin phúc lợi y tế của quý vị.

Chỉ các nhân viên được ủy quyền tại các đại lý của CDPH mới có quyền truy cập vào thông tin của quý vị và chỉ trên cơ sở cần phải biết, theo yêu cầu của luật pháp California và Đạo Luật Về Trách Nhiệm Giải Trình Và Cung Cấp Thông Tin Bảo Hiểm Y Tế năm 1996 (HIPAA). Các thỏa thuận bảo mật được áp dụng để giữ bí mật thông tin khách hàng trừ khi có sự cho phép cụ thể của khách hàng hoặc được pháp luật cho phép. Thông tin được tiết lộ có thể bị tiết lộ lại và không còn được bảo vệ nếu thông tin đó được tiết lộ cho bất kỳ ai không phải là tổ chức được bảo vệ.

Bằng việc ký vào mẫu đơn này, quý vị ủy quyền cho CDPH và các đại lý của CDPH tham gia vào việc điều hành PrEP-AP thu thập và sử dụng thông tin của quý, đồng thời quý vị đồng ý cho phép họ tiết lộ thông tin về quý vị cho các mục đích sau:

- ☐ Trao đổi thông tin với nhau để xác minh tính đủ điều kiện tham gia chương trình và để điều phối các quyền lợi và dịch vụ chăm sóc, theo dõi và đánh giá chương trình và các mục đích khác liên quan trực tiếp đến việc điều hành PrEP-AP.
- ☐ Trao đổi thông tin với nhau để tuân thủ các yêu cầu báo cáo của tiểu bang và liên bang.
- ☐ Trao đổi thông tin với Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe, Sở Thuế Tiểu Bang, Covered California, Trung Tâm Dịch Vụ Medicare và Medicaid và các cơ quan tiểu bang và liên bang khác khi cần thiết để xác minh tính đủ điều kiện tham gia chương trình và các mục đích khác liên quan trực tiếp đến việc điều hành PrEP-AP.
- ☐ Trao đổi thông tin giữa (các) nhà cung cấp dịch vụ y tế của quý vị để điều phối việc thanh toán thuốc men và các mục đích khác liên quan trực tiếp đến việc điều hành PrEP-AP.
- ☐ Trao đổi thông tin với sở y tế địa phương để giám sát và đánh giá chương trình, đồng thời hỗ trợ kết nối dịch vụ chăm sóc.

- ☐ Trao đổi thông tin với Kiểm Toán Viên Tiểu Bang California, Trung Tâm Dữ Liệu Chi Tiết Và Đổi Mới California, Văn Phòng An Ninh Thông Tin California, hoặc các cơ quan tiểu bang và liên bang khác theo yêu cầu của pháp luật.

Quý vị đồng ý rằng sự chấp thuận và ủy quyền của quý vị trong mẫu đơn này sẽ có hiệu lực trong một năm kể từ ngày quý vị ký tên dưới đây, và phiên bản kỹ thuật số hoặc bản sao chụp của mẫu đơn này sẽ được xem là có giá trị như bản gốc.

Quý vị có quyền sửa đổi hoặc rút lại sự chấp thuận và ủy quyền này bằng văn bản bằng cách liên lạc qua cdphmedassistfax@cdph.ca.gov. Quý vị cũng có quyền nhận một bản sao của mẫu đơn này.

Tôi theo đây đồng ý và cho phép việc thu thập, sử dụng và tiết lộ thông tin cá nhân của tôi như đã nêu ở trên.

Tên Của Khách Hàng/Người Đại Diện (chữ in hoa): _____

Chữ Ký Của Khách Hàng/Người Đại Diện: _____ Ngày: _____

*Nếu quý vị ký tên với tư cách là đại diện pháp lý thay mặt cho khách hàng, vui lòng cung cấp tài liệu chứng minh việc quý vị được chỉ định làm đại diện pháp lý của khách hàng.